Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg
Direktor: Prof. Dr. Gauß

Retroflexio uteri gravidi

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Hans Wolpert
aus Würzburg

Würzburg 1940

Buchdruckerei Gg. Graßer, vormals Franz Staudenraus

Berichterstatter:

Prof. Dr. med. C. J. Gauß

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg

Meinen lieben Eltern

Übersicht

I. Definition des Begriffes Retroflexio uteri gravidi, Diagnose, Beziehung zu Körperbau, Alter und Geburtenzahl der Frauen

II. Verlauf der Retroflexio uteri gravidi
   a) Spontanaufrichtung
   b) Abort
   c) Inkarzeration

III. Therapie der Retroflexio uteri gravidi
   a) bei mobiler Retroflexio
   b) bei fixierter Retroflexio

IV. Zusammenfassung

I. Definition des Begriffes Retroflexio uteri gravidi, Diagnose, Beziehung zu Körperbau, Alter und Geburtenzahl der Frauen.

Die Arbeit handelt von der Retroflexio uteri gravidi. Es sei deshalb zunächst einiges über die normale Haltung und Lage des Uterus gesagt. Das Verhältnis der einzelnen Teile des Uterus zu einander bezeichnen wir als „Haltung", das Verhältnis des Organs zu seiner Umgebung als „Lage". Die normale Haltung des Uterus ist die Anteflexionshaltung, d. h. Corpus und Cervix uteri bilden miteinander einen nach vorn offenen Winkel. Bedingt wird diese Haltung in der Hauptsache durch den Tonus der Muskulatur. Die normale Lage des Uterus ist die Anteversion, d. h. der Uterus ist im ganzen gegen die Symphyse zu geneigt, wobei die Portio nach dem hinteren Scheidengewölbe sieht. Wir sprechen also von der normalen Anteversio-flexio.

Es ist selbstverständlich, daß der Grad der Anteversio-flexio weitgehend vom jeweiligen Füllungszustande der Blase und des Mastdarmes abhängt. Diese Schwankungen liegen im Bereich des Physiologischen, sie gleichen sich immer wieder aus. Anders ist es hingegen mit den Abweichungen von der Norm, die einen Dauerzustand darstellen. Unter den vielen Möglichkeiten dieser Art sei nur auf den Begriff der Retroflexio näher eingegangen.

Bei der Retroflexio bilden Corpus und Cervix uteri einen nach dem Kreuzbein zu offenen Winkel, der kleiner als 180 Grad ist und sogar ein spitzer sein kann. Die Portio kann in diesem Falle an ihrer normalen Stelle stehen oder der Symphyse genähert sein. Je nachdem der Uterus dabei frei beweglich oder mit Nachbarorganen verwachsen ist, sprechen wir von einer Retroflexio uteri mobilis oder fixata.

Diese Rückwärtsbeugung der Gebärmutter bedarf im allgemeinen keiner Behandlung. Anders verhält es sich dagegen, wenn der Uterus schwanger wird. Auf die hierbei eintretenden Komplikationen und deren Prophylaxe einzugehen ist der Zweck dieser Arbeit. Zunächst sei jedoch noch auf eine andere Lageveränderung des Uterus hingewiesen, nämlich auf die Retroversio uteri gravidi. Bei ihr ist der Fundus uteri nach hinten geneigt, während die Portio nach der Symphyse schaut. Die normalerweise vorhandene Anteflexion kann dabei in geringem Grade vorhanden sein oder

fehlen; ja es kann sogar an ihre Stelle eine Retroflexio getreten sein. In diesem Falle sprechen wir von der Retroversio-flexio uteri gravidi. Früher waren diese Begriffe nicht so scharf getrennt, und *Dührssen* wies erstmals im Jahre 1899 darauf hin, daß die Retroversio uteri gravidi von der Retroflexio uteri gravidi scharf zu trennen sei. Die Anatomie der beiden Anomalien, der Verlauf und auch die Therapie sind verschieden. So haben auch wir unter dem Begriff Retroflexio uteri gravidi nur jene Fälle zusammengestellt, bei denen das Corpus uteri tief im hinteren Douglas lag und die Cervix gegen die Hinterwand der Symphyse gedrängt wurde.

Für den Verlauf einer Retroflexio uteri gravidi gibt es folgende Möglichkeiten:

1. Der gravide Uterus richtet sich von selbst auf oder wird künstlich aufgerichtet; der weitere Verlauf der Schwangerschaft ist normal.
2. Die spontane oder künstliche Aufrichtung unterbleibt, wodurch a) Abort, b) Inkarzeration eintritt.

Bevor ich nun auf die Möglichkeit der Selbstaufrichtung und die verschiedenen Methoden der künstlichen Aufrichtung, sowie auf das Krankheitsbild der Inkarzeration zu sprechen komme, will ich zunächst einiges über die Diagnose der Retroflexio uteri gravidi bringen.

Bei der vaginalen Untersuchung, vor welcher die Patientin selbstverständlich katheterisiert werden muß, findet man die Portio meist dicht an die Symphyse gedrängt. Der weiche, vergrößerte Uteruskörper wird vom hinteren Scheidengewölbe aus als im Douglas liegend gefühlt. Für die Differentialdiagnose ist es dabei von Wichtigkeit festzustellen, ob auch tatsächlich ein kontinuierlicher Uebergang von Corpus zu Portio uteri besteht. Die bimanuelle Untersuchung wird hier Klarheit schaffen. Es kann hierdurch eine Extrauterinschwangerschaft (Haematocele retrouterina) ausgeschlossen werden. Außerdem muß an Myom und Ovarialtumor gedacht werden. Auch die genaue Prüfung der Amenorrhoe ist wichtig. Differentialdiagnostisch von größtem Wert sind noch die ischurischen Beschwerden. Allerdings treten diese meist erst im 4. Schwangerschaftsmonat auf, eben dann, wenn der Uterus bereits eingeklemmt ist. Die Erscheinungen der Ischuria paradoxa werden später noch besprochen werden. Schließlich sei noch erwähnt, daß auch ein Douglasabszeß nach Abtreibungsversuch vorliegen kann, welcher jedoch durch Blutbild und Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen schnell zu diagnostizieren ist.

Zu diesen objektiven Feststellungen kommen noch die von den Patientinnen selbst angegebenen Beschwerden. Es sind hier besonders zu nennen:

Schwere und Völle im Leib
Leib- und Kreuzschmerzen
Krämpfe im Unterleib
Drängen nach unten
Harndrang, Harnträufeln
Obstipation, Durchfälle
Erbrechen
Blutungen.

Die Frage, ob der primär retroflektierte Uterus schwanger wird, oder ob erst in der Gravidität durch ein Trauma eine Rückwärtsverlagerung der Gebärmutter entsteht, gilt als geklärt. Wir wissen heute, daß in weitaus den meisten Fällen der Uterus schon vor der Schwangerschaft retroflektiert war. Als Ursache dieser Lageanomalie kommt vor allem die Erschlaffung des Beckenbindegewebes und der Ligamenta rotunda und sacrouterina in Betracht. Sie kann angeboren oder im Anschluß an ein Wochenbett infolge mangelhafter Involution aufgetreten sein. Wir fanden bei unseren 138 Frauen mit Retroflexio uteri gravidi, die an der Würzburger Universitäts-Frauenklinik in der Zeit vom 1. 1. 1928 bis zum 31. XII. 1938 beobachtet wurden, 29 mal einen Descensus vaginae. Auch das Alter der Frauen ist von Bedeutung. Daneben müßen Entzündungen des Beckenbindegewebes und Tumoren des Uterus angeführt werden. Auffallend war auch, daß es sich sehr oft um magere Frauen handelte. Unter 123 Fällen, bei denen über den Körperbau eine Eintragung ins Krankenblatt gemacht worden war, fanden sich

44 Frauen mit geringem Fettpolster
73 „ „ mittlerem „
6 „ „ starkem „

Was das Alter der Patientinnen betrifft, so ergab sich folgendes:

16—20	Jahre	alt	waren	4	Frauen,	darunter	3 Erstgebärende
21—25	„	„	„	20	„	„	6 „
26—30	„	„	„	36	„	„	8 „
31—35	„	„	„	32	„	„	5 „
36—40	„	„	„	29	„	„	2 „
41—45	„	„	„	17	„	„	4 „

Bei unseren 11 Erstgebärenden über 30 Jahren fand sich nur 2 mal ein Descensus vaginae I.—II. Grades. Man darf wohl daraus schließen, daß nicht die im Alter zunehmende Insuffizienz der Gewebe allein, sondern vor allem vorausgegangene Schwanger-

schaften eine Retroflexio uteri begünstigen. So fanden sich unter unseren 138 Patientinnen 110 Mehrgebärende = 79,7% gegenüber nur 28 Erstgebärenden = 20,3%. In 29 Fällen war die der jetzigen Erkrankung vorausgegangene Schwangerschaft ein Abort gewesen. Dies berechtigt uns dazu hier von habituellem Abort zu sprechen.

1 Abort	hatten	33	Patientinnen
2 Aborte	„	5	„
3 „	„	2	„
4 „	„	2	„

Die Form des Beckens ist für die Entstehung einer Retroflexio uteri bedeutungslos. Bei der Aufrichtung des Organs hingegen ist sie ein wichtiger Faktor, worauf wir später noch einzugehen haben.

Neben diesen Fällen primärer Retroflexio uteri sind auch einige Fälle bekannt, bei denen der normal liegende Uterus erst während der Schwangerschaft retroflektiert wurde. *Albano Giovanni* stellte 1935 aus der Weltliteratur 34 Fälle traumatischer Retroflexio uteri gravidi zusammen. Es sind also nur ganz wenige Fälle, und *Küstner* sagt: „Wenn die Möglichkeit nicht ganz bestritten werden soll, so ist es sicher sehr selten". Nach seiner Auffassung setzt ein nachträgliches Zurückfallen des graviden Uterus eine pathologische Beweglichkeit voraus.

Ich will nun auf die zu Beginn der Arbeit hingewiesenen 3 Möglichkeiten — Spontanaufrichtung, Abort und Inkarzeration — des Verlaufes einer Schwangerschaft bei retroflektiertem Uterus eingehen.

II. Verlauf einer Retroflexio uteri gravidi.

a) Spontanaufrichtung.

In den meisten Fällen von Retroflexio uteri gravidi richtet sich der Uterus von selbst auf. Die Schwangerschaft hat dann weiterhin einen normalen Verlauf. Man nimmt heute an, daß diese Spontanreposition in 80% der Fälle eintritt. Ueber die Ursache der Aufrichtung bestehen verschiedene Theorien:

1. Zug der Ligamenta rotunda *(Wertheim, v. Scanzoni, E. Martin, Tylor-Smith)*
2. Wachstum des Eies nach dem Orte des geringsten Widerstandes *(Wertheim, Kubinyi)*
3. Sitz des Eies an der vorderen Uteruswand *(Küstner, Christofoletti)*
4. Richtende Wirkung der hinteren Beckenwand *(Wertheim)*

5. Kontraktionen der Vorderwand des Uterus *(Walther, Chrobak, Kleinwächter)*
6. Ligg. sacrouterina *(Chrobak)* allerdings erst im zweiten Teil der Aufrichtung wirkend.

Für das Ausbleiben der Spontanaufrichtung in 20% der Fälle werden nach *Scholz* folgende Gründe angeführt:

1. Adhäsionen *(Dührssen)*
2. Stark vorspringendes Promontorium *(Dührssen)*, enges Becken (Fall *von Olshausen, P. Müller)*
3. Tumoren
4. Starke Ausgeprägtheit der Verlagerung, starrer Knickungswinkel (Dührssen)
5. Uterusmißbildung (Hornbildung)
6. Saugwirkung des völlig ausgefüllten kleinen Beckens *(Cramer)*
7. Schwere körperliche Arbeit und Trauma *(Veit, Kleinwächter, v. Kubinyi)* mit Vernachlässigung der zunehmenden Beschwerden
8. Erweiterung des hinteren Douglas *(Fritsch)*, Erschlaffung der Ligamenta sacrouterina, schlaffer Beckenboden
9. Ungünstige Wechselwirkung zwischen Ueberfüllung der Blase und dadurch bedingter Erhöhung des Uterusdruckes auf den Blasenhals, ein in einem bestimmten Moment einsetzender Zirkulus vitiosus.

Es ist klar, daß meist mehrere dieser Faktoren zusammenwirken und so die Spontanaufrichtung verhindern. In einzelnen Fällen der Literatur wurde nach Katheterismus Spontanaufrichtung beobachtet. So hat *Martin* über zwei und *Crillat* über einen Fall berichtet. Daneben finden sich auch Mitteilungen über einige Fälle, bei denen es gelang lediglich durch mehrmals täglich eingenommene Knie-Ellenbogenlage der Frau eine Spontanaufrichtung des Uterus zu bewirken.

b) Abort.

Tritt die beschriebene Selbstaufrichtung des retroflektierten Uterus nicht ein, dann kommt es in der Mehrzahl der Fälle zur Ausstoßung der Frucht. Diese erfolgt nach den Angaben der meisten Autoren im 2.—3., seltener erst im 4. Monat der Schwangerschaft. Auch unsere Beobachtungen lieferten das gleiche Ergebnis: Es trat der Abort ein

im 1.—2. Monat	bei 12	Frauen	= 12,4%		
2. „	„ 24	„	= 24,7%		78,3%
2.—3. „	„ 24	„	= 24,7%		
3. „	„ 16	„	= 16,5%		
3.—4. „	„ 9	„	= 9,3%		
4. „	„ 6	„	= 6,2%		
4.—5. „	„ 3	„	= 3,1%		21,7%
5. „	„ 2	„	= 2,1%		
6. „	„ 1	„	= 1,0%		

Die Beobachtung *Reinecke's,* daß die Unterbrechung der Schwangerschaft mit Vorliebe im 4. Schwangerschaftsmonat eintrete, weil der Uterus um diese Zeit gerade das kleine Becken ausfülle, fand bei uns keine Bestätigung. Wir glauben die Ursache des Abortes darin sehen zu müssen, daß es in dem retroflektiert liegenden Uterus infolge Torsion der Ligamenta lata zu Stauungsblutungen kommt, wodurch die Dezidua zertrümmert wird. Ein weiterer wichtiger Faktor sind die durch die Falschlage des Uterus ausgelösten Wehen. In wie weit Kohabitationen als auslösender Faktor in Frage kommen, war an unserem Krankengut nicht feststellbar. Auch die Ansicht *Vogts,* daß das Ei in seiner Ernährung gestört ist und beim Wachsen zu große Widerstände überwinden muß und dabei abstirbt, muß erwähnt werden.

In wieviel Fällen von Retroflexio uteri gravidi tritt nun Abort ein?

Martin	41	Fälle	15	mal Abort	= 36,5%
May	150	„	33	„ „	= 22 %
Homitz	52	„	37	„ „	= 71,1%
Wolpert	138	„	97	„ „	= 70,3%

Auch das Verhältnis der durch Retroflexio bedingten Aborte zu denen, die durch andere Ursachen bewirkt wurden, dürfte von Interesse sein:

Franz fand unter 844 Aborten 45 mal Retroflexio uteri = 5,3%
Berliner fand unter 243 Aborten 133 mal Retroflexio uteri = 54,6%
Wolpert fand unter 1253 Aborten 97 mal Retroflexio uteri = 7,7%

c) Inkarzeration.

Die dritte der anfangs erwähnten Möglichkeiten des Ausganges einer Retroflexio uteri gravidi ist die Inkarzeration, d. h. die Einklemmung des retroflektiert liegenden Uterus im kleinen Becken mit all ihren Folgeerscheinungen. Das erste Symptom dieses

schweren Krankheitsbildes ist eine Erschwerung der Blasenentleerung infolge:

1. Kompression der Urethra (Druck der Portio gegen die Symphyse)
2. Längsdehnung der Urethra (Cervix und Blasenboden werden nach oben gezogen)
3. Schwellung der Harnröhrenschleimhaut (v. *Jaschke*)
4. Faltenbildung durch Abknickung des Blasenhalses *(Zweifel)*

Zweifel glaubt die Kompression der Urethra für das Zustandekommen der Harnretention ausschalten zu können, weil er beim vorsichtigen Katheterisieren keinen Widerstand in der Harnröhre gefühlt hat und weil außerdem beim Vorschieben des Katheters bis über die Portio keine Harnentleerung erfolgte.

Die Erschwerung der Blasenentleerung steigert sich mehr und mehr, bis schließlich eine willkürliche Entleerung völlig unmöglich ist, obwohl gleichzeitig sehr starker Harndrang besteht. Die Frauen kommen dann ins Stadium der Ischuria paradoxa, d. h. der Druck in der Blase wird so groß, daß er den Sphinkterverschluß sprengt und daß deshalb ständig tropfenweise Harn abgeht. Die Blase kann bis 10 Liter Harn enthalten *(Küstner)*. Sie steigt dann bis über den Nabel und darf nicht mit dem Uterus verwechselt werden. Bei unseren Patientinnen waren 2000 ccm das Maximum. Die Stauung in der Blase wird noch dadurch begünstigt, daß

1. die Frauen nicht völlig entleeren (Schmerzen)
2. die Kraft der Blasenkontraktion nicht mehr stark genug ist.

In diesen überdehnten und noch dazu verzerrten Blasen werden die inneren Wandschichten infolge Stauung in den Venen nicht mehr ausreichend ernährt. Daneben entstehen zahlreiche kleine Blutergüsse unter der Schleimhaut. Die notwendige Folge davon ist eine mehr oder weniger weit ausgedehnte Nekrose. Durch Infektion entsteht eine Gangrän. Dieses Gewebestück wird nun abgestoßen und kann

a) in der Blase liegen bleiben (Ventilverschluß, Erschwerung des Katheterismus)

b) durch die Urethra geboren werden.

Die Infektion der nekrotischen Partien der Blasenwand entsteht dadurch, daß die in der Urethra vorhandenen Keime in die Blase aufsteigen, was im Stadium der Ischuria paradoxa leicht möglich ist. Auch die im Residualharn auftretende ammoniakalische Zersetzung ist für die Keime äußerst günstig. Ein weiterer wichtiger Faktor für das Zustandekommen der Blasengangrän ist die Einschleppung von Keimen bei der Katheterisation. Dagegen

hat jedoch *May* bewiesen, daß bei Hunden, denen er mittels Laminariastift die Harnröhre verschlossen hatte, also ein Eindringen von Bakterien unmöglich war, dennoch eine Gangrän eintrat.

Greift die Gangrän auch auf tiefere Blasenschichten über, dann ist der Durchbruch der Blase unvermeidbar. Der jauchige Urin gelangt in die Bauchhöhle und führt zur Peritonitis. *Schröder* beschreibt einen Fall von Durchbruch in eine verklebte Darmschlinge, andere Autoren, wie *Robinson, Vallee* und *Neugebauer* beobachteten den Durchbruch durch den Urachus oder Nabel. Bei uns kam es in keinem Fall zur Ruptur der Blase.

Nach Ausstoßung der gangränösen Teile bietet die Blase zystoskopisch das typische Bild der Narbenschrumpfblase. *Stoeckel* betont hierbei besonders das Klaffen der inneren Harnröhrenmündung und der Ureterenostien bei fehlender Ureterreaktion.

Neben den Erscheinungen von Seiten der Blase bestehen auch Druckschmerzen, Stuhldrang, abortive Blutungen und ileusähnliche Erscheinungen. Jedoch beherrscht die Blase das Bild. *Pinard* und *Varnier* prägten den Satz: „Bei der Retroflexio uteri gravidi bedeutet der Uterus nichts, die Blase alles".

Bei unseren 15 Patientinnen mit Inkarzerationserscheinungen fanden wir 12 mal schmerzhafte, vermehrte Miktion oder völlige Harnverhaltung. Daneben traten Schmerzen in Leib und Kreuz, sowie leichte Blutungen auf. Die Inkarzeration trat auf:

im 2.—3. Monat	1 mal	4 mal
„ 3. „	3 „	
„ 3.—4. „	5 „	11 mal
„ 4. „	5 „	
„ 4.—5. „	1 „	

In 10% aller Fälle von Retroflexio uteri gravidi tritt Inkarzeration ein.

Graefe	fand unter	200	Fällen	10 mal	Inkarzeration
Scholz	„ „	84	„	20 „	„
Wolpert	„ „	138	„	15 „	„

Es ist auffallend, daß unter diesen 15 Frauen mit Inkarzerationserscheinung 4 Frauen mit engem Becken II. Grades (C. v. 7,5 bis 9 cm) waren. Der therapeutische Weg ist hier ganz klar vorgezeichnet. Wir müssen zunächst durch Katheterismus die Blase entleeren und anschließend den Uterus aufrichten und durch ein Pessar stützen. Beim Katheterismus, der am besten mit einem eingefetteten Gummikatheter oder männlichen Metallkatheter ausgeführt wird, ist darauf zu achten, daß die Entleerung sehr lang-

sam geschieht. Es wird dadurch vermieden, daß infolge des schwindenden Gegendruckes noch mehr Blut in die Gefäße einschießt, was unvermeidbar zu Rupturen führen würde. Von gleicher Wichtigkeit ist die Aufrichtung des Uterus, wodurch die infolge der Falschlage nahezu völlig abgeklemmten Venen den Abtransport des Blutes wieder aufnehmen können. Ist allerdings die Nekrose der Blasenwand schon weit fortgeschritten, dann ist jeder Aufrichtungsversuch kontraindiziert. Eine Ruptur der Blase wäre die Folge. Für diese Fälle empfiehlt *Wertheim* die breite Eröffnung der Blase. Bei unserem Krankengut fand sich überhaupt kein Fall mit schwerer Inkarzeration.

Treub hat aus der Literatur 51 Todesfälle nach Retroflexio uteri gravidi incarcerati nach der Ursache des Todes zusammengestellt. *Gottschalk* hat diese Statistik um 16 Fälle erweitert. Nach ihm starben an:

Urämie, Erschöpfung	16
Ruptur der Blase	11
Septikämie	7
Peritonitis nach Blasenentzündung	17
Pyämie	3
Ruptur des Peritoneums und der Vagina	2
Kunstfehler	5
Peritonitis nach Darmgangrän	1
Darmabknickung mit Achsendrehung	1
Unbekannter Ursache	4

III. Therapie der Retroflexio uteri gravidi.

Auch heute besteht in der Frage der Therapie der Retroflexio uteri gravidi noch keine Einigkeit. Die einen Autoren glauben in der Hoffnung auf eine Spontanaufrichtung des Uterus mehr oder weniger lang zuwarten zu dürfen, die anderen wollen möglichst bald die Falschlage beseitigen, sei dies nun durch manuelle Reposition, Kolpeuryse, Knie-Ellenbogenlage oder durch Laparotomie. Ich will nun auf die einzelnen Methoden der Behandlung näher eingehen. Dabei ist es vorteilhaft zu unterscheiden zwischen einer Retroflexio uteri gravidi mobilis und fixata.

a) Retroflexio uteri gravidi mobilis:

Wird die Diagnose Retroflexio uteri gravidi mobilis gestellt, so muß der Uterus unter allen Umständen sofort aufgerichtet und durch ein Pessar gestützt werden. Es ist nach unserer Ansicht dabei völlig gleichgültig, ob durch die Falschlagerung bereits Beschwerden entstanden sind, oder ob es sich nur um einen Zufalls-

befund handelt. Ausgenommen von der sofortigen Reposition sind lediglich die Fälle, bei denen eine Blasengangrän festgestellt wird. Hier kann die Aufrichtung erst allmählich erfolgen. In allen anderen Fällen aber versuchen wir, nachdem Patientin vorher katheterisiert worden ist, was ja schon zur Diagnose erforderlich war, zunächst ohne Narkose den Uterus bimanuell aufzurichten. Gelingt dies nicht, dann versuchen wir es in Knie-Ellenbogenlage oder geben nötigenfalls eine leichte Narkose. Nach geglückter Reposition stützen wir den Uterus durch ein Pessar. Gelingt die Aufrichtung nicht sofort, dann werden diese Manipulationen wiederholt. *Küstner, Seitz, Zangemeister, Hubert, Skutsch, Jung* und *Vogt* sind der gleichen Ansicht. In der Art der Aufrichtung gibt es einige Besonderheiten. So wird von *Vogt, Liepmann, Albert, Westphalen, Funke, Graefe* und *A. Müller* besonders die Aufrichtung mit Hilfe eines Kolpeurynters empfohlen. Er hat den Vorzug der langsamen Reponierung unter Ausnutzung einer großen Angriffsfläche; wir lehnen jedoch diese Methode ab, da durch sie leicht Wehen erzeugt werden. *Sänger* und *Küstner* berichten von der Aufrichtung mit der Kugelzange; diese Methode verstößt unseres Erachtens gegen die Regel, daß man den schwangeren Uterus nicht mit Instrumenten aufrichten soll. *Mathes* glaubt, daß die Reposition des Uterus bedeutend leichter sei, wenn der Gegendruck des Beckenbodens ausgeschaltet sei. Er entfaltet so bei der in Knie-Ellenbogenlage befindlichen Frau die Scheide mit Spateln und führt dann in den Mastdarm ein Rohr ein. Dadurch kann der Luftdruck auch von unten auf den Uterus einwirken. Auch *Cramer* weist auf die Bedeutung des Atmosphärendruckes bei der Aufrichtung des retroflektierten Uterus hin. *Jaschke* empfiehlt in den ersten 6—8 Wochen eine beschwerdefreie Retroflexio uteri gravidi nicht zu behandeln, sondern erst dann manuell zu reponieren, wenn in der 10.—12. Woche noch keine Spontanreposition erfolgt ist. *Dührssen* glaubt, daß erst nach Entstehung der Harnverhaltung eingegriffen werden dürfe. *Wertheim* beschränkt sich so lange auf regelmäßige Katheterisierung, als der Urin normal bleibt und richtet den Uterus erst dann auf, wenn Cystitis eintritt.

Bei unseren 138 Patientinnen war bereits bei der Aufnahme in die Klinik bei 86 Frauen = 62,3% der Abort teils vollkommen, teils unvollkommen erfolgt (siehe Tab. I). Wir mußten uns also lediglich auf die Behandlung des Abortes beschränken. Es ist wahrscheinlich, daß bei weitaus der Mehrzahl dieser Frauen die Schwangerschaft hätte erhalten werden können, wenn sie rechtzeitig in die Klinik gekommen wären. Dies ist um so tragischer bei denjenigen Frauen, die bereits einen oder mehrere Aborte hinter sich hatten, die aber anderswo nicht angewiesen wurden, sich bei Eintritt einer neuen Schwangerschaft sofort zur Aufrichtung des

Uterus in ärztliche Behandlung zu begeben. Die oben beschriebene Ansicht vieler Gynäkologen, den Uterus erst dann aufzurichten, wenn Beschwerden auftreten, oder wenn nach der 10. Woche noch keine Spontanaufrichtung erfolgt ist, wird, wie unsere Statistik zeigt, oft zu spät kommen. Ja sogar dann, wenn die Patientinnen sofort bei Eintritt der Beschwerden in die Klinik kommen, ist der Abort oft nicht mehr aufzuhalten. Wie nachfolgende Aufstellung zeigt kamen 37 unserer Patientinnen innerhalb der ersten 3 Tage, in denen die Beschwerden auftraten, zu uns. Trotzdem konnte bei 32 (= 86,5%) von ihnen die Schwangerschaft nicht erhalten werden. Wir sehen daraus, daß es falsch ist, den zu Beginn einer Schwangerschaft retroflektiert liegenden Uterus nicht aufzurichten und die Patientin mit der Anweisung zu entlassen, sich bei Eintritt von Beschwerden wieder einzufinden. Es ergibt sich aus unseren Beobachtungen vielmehr die notwendige Forderung, jeden retroflektierten, beweglichen schwangeren Uterus sofort aufzurichten und durch ein Pessar zu stützen.

Es kamen in die Klinik am:

	Schwangerschaft erhalten		nicht erhalten
Tage des Eintritts d. Beschwerden	10 Pat.	1	9 (= 90,0%)
1. Tag nach Eintritt d. Beschwerden	14 Pat.	2	12 (= 85,7%)
2. Tag nach Eintritt d. Beschwerden	13 Pat.	2	11 (= 84,6%)
	37	5	32

b) Retroflexio uteri gravidi fixata:

Anders hingegen liegen die Dinge bei der Retroflexio uteri gravidi fixata. Hier gelingt eine sofortige Aufrichtung nur in den seltensten Fällen. Die Gefahr innerer Blutungen verbietet stärkere Repositionsmanöver, weshalb die meisten Autoren ein operatives Vorgehen für unbedingt erforderlich halten. Der vaginale Kaiserschnitt *(Wennerström, Bennecke* und *v. Olshausen)* und die Alexander-Adamsche Operation *(Broese, Cramer, Vital Aza)* wurden zur Beseitigung der Falschlage nur einige wenige Male ausgeführt; heute wird die Laparotomie, wenn man überhaupt operieren will, als die Methode der Wahl bezeichnet. Für sie setzen sich ein: *v. Winckel, Henkel, Christofoletti, Küstner, Veit-Stoeckel, Hubert, Seitz, v. Jaschke, Wertheim, Frankenstein, Zangemeister* und *Schlichting.*

Darüber, ob bei der Laparotomie auch gleichzeitig der Uterus ventrifixiert werden soll, oder ob man dies erst nach Erledigung der Schwangerschaft ausführen soll, bestehen verschiedene Ansichten. *Schlichting* ist für sofortige Fixierung in Anteflexion. Ebenso *Veit-Stoeckel. Henkel* beschränkt sich lediglich auf die

Trennung der Adhäsionen und will die Retroflexio erst nach der Geburt korrigieren. *Küstner* legt nach Trennung der Adhäsionen ein Pessar ein.

Wir lehnen die Laparotomie aus Gründen der Abortgefahr ab. Wir glauben vielmehr, daß infolge der Lockerung der Gewebe während der Schwangerschaft auch bei fixierter Retroflexio uteri in den meisten Fällen eine Selbstaufrichtung oder eine manuelle Reposition noch möglich ist. Oefters vorgenommene Aufrichtungsversuche in Knie-Ellenbogenlage können vorteilhaft sein. Sollte jedoch die normale Haltung des Uterus in einem oder dem anderen Fall nicht eintreten, dann muß der Abort, wenn er nicht spontan eintritt, bei Inkarzeration eingeleitet werden. Wir glauben, daß bei dieser konservativen Therapie die Unterbrechung der Schwangerschaft viel seltener ist als bei der operativen Behandlung. Dazu kommt noch, daß unsere Methode für das Leben der Mutter absolut ungefährlich ist, was von der Laparotomie nicht behauptet werden kann. *Graefe* berichtet über 7 Fälle, bei denen trotz anfänglich fixierter Falschlage die Aufrichtung eintrat. Auch *Francesco Sebastiano* hat gute Ergebnisse durch resorbierende Maßnahmen bei Retroflexio uteri gravidi fixata.

Unter unseren 52 in Tab. II aufgeführten Patientinnen befanden sich nur 2 mit fixierter Retroflexio uteri. Bei der einen Patientin mußte wegen sehr starker Blutung am Tag nach der Aufnahme der Uterus ausgeräumt werden. Die Aufrichtung gelang nicht mehr. Die zweite Patientin wurde mit retroflektiert liegendem, fixiertem, Uterus entlassen und zur Aufrichtung wiederbestellt; sie kam jedoch erst am Ende der Schwangerschaft zur Entbindung, da der Uterus sich nach Lockerung der Gewebe spontan aufgerichtet hatte. Im ganzen war das Ergebnis der Behandlung unserer 52 Kranken folgendes:

I.	Erhaltung der Schwangerschaft	
	a) nach künstlicher Aufrichtung	
	in Narkose	19
	ohne Narkose	21
	b) nach Spontanaufrichtung	1
		41 = 78,8%
II.	Unterbrechung der Schwangerschaft	
	a) Spontanabort ohne Aufrichtung	3
	b) Spontanabort nach Aufrichtung	4
	c) Ausräumung infolge starker Blutung	4
		11 = 21,2%

Uebersicht über Behandlung und deren Erfolg von 52 Fällen von Retroflexio uteri gravidi aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg

	Retroflexio uteri gravidi					
	mobilis			fixata		
	Zahl	Schwangerschaft erhalten	Schwangerschaft nicht erhalt.	Zahl	Schwangerschaft erhalten	Schwangerschaft nicht erhalt.
künstliche Aufrichtung	44	40	4	—	—	—
Spontanaufrichtung	—	—	—	1	1	—
Spontanabort	3	—	3	—	—	—
Ausräumung	3	—	3	1	—	1
Summa:	50	40	10	2	1	1

Es sei noch auf die Retroflexio uteri gravidi partialis eingegangen. Bei ihr ist ein Teil der Hinterwand des Corpus uteri im kleinen Becken fixiert. Dieser wird bei der Aufrichtung zurückgehalten, während sich der größere Teil des Uterus ins große Becken erhebt. Beim Wachsen des Uterus wird natürlich fast ausschließlich seine Vorderwand stark gedehnt. *Dührssen* unterscheidet die Retroflexio uteri gravidi partialis vera von der Retroflexio uteri gravidi partialis spuria. Nur bei der ersteren war der Uterus anfänglich retroflektiert und fixiert. Bei der Retroflexio uteri gravidi partialis spuria hingegen ist der Uterus anteflektiert, nur ein Horn desselben ein Tumor oder der vorliegende Kindsteil befinden sich im kleinen Becken.

Der Ausgang der Retroflexio uteri gravidi partialis ist wie der bei der gewöhnlichen Retroflexio uteri gravidi besprochene. Es kann im günstigsten Fall Spontanaufrichtung eintreten, andernfalls kommt es zum Abort oder zur Inkarzeration mit den bekannten Erscheinungen. Jedoch treten die Blasenbeschwerden infolge Inkarzeration ungefähr ein Monat später auf, als bei der gewöhnlichen Retroflexio uteri gravidi. Bleibt die Schwangerschaft erhalten, so kommt es nicht selten zur Eklampsie. Wahrscheinlich ist die Kompression der Ureteren dafür verantwortlich zu machen.

Die Frage, ob die Retroflexio uteri gravidi bei der arbeitenden Klasse häufiger zu finden ist als bei der wohlhabenden, war an unserem Krankengut nicht zu lösen. Wir glauben aber, daß die Retroflexio uteri bei der arbeitenden Klasse öfter vorkommt, weil hier nach kurzem Wochenbett oftmals schwerste Arbeit verrichtet wird. Auf der anderen Seite aber ist sicher die Zahl der Spontanaufrichtungen bei den Hausfrauen größer, denn diese nehmen doch des öfteren am Tage beim Putzen der Fußböden die Knie-Ellenbogenlage ein, die ja eine Aufrichtung des Uterus ganz außerordentlich begünstigt.

Es ist bekannt, daß zur Zeit der jeweiligen Menstruationstermine während der Schwangerschaft eine erhöhte Wehenbereitschaft des Uterus besteht und deshalb die meisten Aborte zu dieser Zeit eintreten. Der Grund ist eine Insuffizienz des Corpusluteumhormons gegenüber dem wehenerregenden Faktor des Hypophysenhinterlappenshormons. Bei der Ueberprüfung dieser Tatsache an unserem Krankengut mußten alle jene Fälle ausscheiden, bei denen

a) die Menstruation unregelmäßig war

b) die keine genauen Angaben über den Beginn der jetzigen Blutung machen konnten.

So blieben 106 Fälle mit exakter Angabe über eine regelmäßige Menstruation übrig. Von diesen fiel genau die Hälfte auf den Menstruationstermin, die andere verteilte sich auf das Intermenstruum. Es ist dies ein eindeutiger Beweis für die Richtigkeit obiger Auffassung.

IV. Zusammenfassung.

Es hat sich aus der Arbeit folgendes ergeben:

1. Von unseren 138 Patientinnen mit Retroflexio uteri gravidi war bei 86 (= 62,3%) der Abort schon vor der Aufnahme in die Klinik mehr oder weniger vollständig erfolgt. Unsere Behandlung war demnach lediglich eine Abortbehandlung. Bei den restlichen 52 Frauen konnten wir in 41 Fällen (= 78,8%) die Schwangerschaft erhalten. In 123 Fällen (= 89,1%) lag mobile, in 15 (= 10,9%) fixierte Retroflexio vor.
2. Unsere Therapie bestand bei der mobilen Retroflexio uteri gravidi in der künstlichen Aufrichtung des Uterus und anschließender Pessareinlage. Es gelang so in 40 von 44 Fällen (= 91%) die Schwangerschaft zu erhalten. Bei 3 Frauen trat Spontanabort auf, 3 weitere Frauen mußten wegen starker Blutung ausgeräumt werden. Bei der fixierten Retroflexio uteri gravidi erfolgte in einem Fall Spontanaufrichtung, eine Frau mußte wegen starker Blutung am Tage nach der Aufnahme ausgeräumt werden.
3. Die Retroflexio uteri gravidi fand sich vorwiegend bei Mehrgebärenden. Unter unseren 138 Patientinnen waren 110 Mehrgebärende (= 79,7%). Es handelte sich dabei sehr oft um sehr magere Frauen.
4. Der Abort trat bei unseren 138 Fällen meist im 2.—3. Schwangerschaftsmonat auf, die Inkarzerationserscheinungen wurden im 3.—4. Monat beobachtet.
5. Bei 53 von 106 Frauen traten die ersten Anzeichen des Abortes in einer Zeit auf, zu welcher im nicht schwangeren Zustande eine Menstruation stattgefunden hätte.

Literatur

Albano, Traumatische Retroflexio uteri. Ann. di ostetr. 57, 1777

Albert, Die Kolpeuryse bei Incarceratio uteri gravidi retroflexi. Münch. med. Wschr. 1903, 499

Aza, Tribuna med. espanola Bd. 1, Nr. 3, 115

Bennecke, Vaginaler Kaiserschnitt bei Retroflexio uteri gravidi cum incarceratione. Zbl. Gyn. 1906, 659

Bröse, Alexander-Adamsche Operation bei Retroflexio uteri gravidi Zbl. Gyn. 1901, 209

Bröse, Ueber die Anwendung der Alexander-Adamschen Operation in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Zbl. Gyn. 1909, 1612

Cramer, Eine seltene Einklemmung des graviden Uterus. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 61, Heft 2

Dührssen, Ueber Aussackungen, Rückwärtsneigungen und Knickungen der schwangeren Gebärmutter. Arch. f. Gyn. Bd. 57, 70

Francesco, Retrodeviationen des Uterus und Mutterschaftsfunktion. Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. 49, 835

Frankenstein, Zur Laparotomie bei Retroflexio uteri gravidi fixata. Dtsch. med. Wschr. 1910, 1038

Funke, Beitrag zur Belastungstherapie bei Retroflexio uteri gravidi. Zbl. Gyn. 1900, 217

Gauss, Die Behandlung der Retroversio-flexio uteri. Fortschritt der Therapie 1929, 205

Golenkow, Ueber Retroflexio uteri gravidi. Dissertation Jena 1912

Graefe, Zur Symptomatologie und Therapie der Retroflexio uteri gravidi. Monatsschr. f. Geb. und Gyn. 1911, 12

Graez, Die Erfolge der operativen Behandlung der Retroflexio uteri gravidi. Dissertation Berlin 1923

Grauert, Ueber Retroflexio uteri gravidi cum incarceratione. Dissertation Greifswald 1898

Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes

Hennig, Ueber die operative Behandlung der Retroflexio uteri gravidi. Dissertation Greifswald 1915

Hubert, Lehrbuch der Geburtshilfe

Jung, Die Behandlung der Inkarzeration des schwangeren Uterus. Dtsch. med. Wschr. 1914, Nr. 14

Kaitler, Ein Beitrag zur Retroflexion und Retroversion der schwangeren Gebärmutter. Monatsschr. f. Geb. und Gyn. 1901, Heft 3

Kleinwächter, Einige Worte zur Lehre von den Retrodeviationen des graviden Uterus. Zbl. Gyn. 1904, 1465

Kubinyi, Ueber Inkarzeration der retrodeviierten schwangeren Gebärmutter und die konsekutive Blasengangrän. Sammlung klinischer Vorträge, Gynäkol. Nr. 192

Küstner, Was kann die Laparotomie bei irreponibler Retroversio und Retroflexio uteri gravidi leisten? Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1907, Heft 2

Liepmann, Das gynäkologische Seminar

Mathes, Die Ursache der Incarceratio bei Retroflexio uteri gravidi. Münch. med. Wschr. 1911, Nr. 18

May, Ueber die Reclination der schwangeren Gebärmutter. Diss. Gießen 1869

Randow, Retroflexio uteri gravidi. Disseratiton Breslau 1923

Sänger, Zur Behandlung der Retroflexio uteri gravidi incarcerati. Zbl. Gyn. 1894, 174

Schklowskaja, Beziehung der Retroversio uteri zur Gravidität und Geburt. Dissertation Bern 1910

Scholz, Zur Retrodeviatio uteri gravidi, Dissertation Breslau 1920

Schlichting, Zur Therapie der Retroflexio uteri gravidi fixata. Gyn. Rundschau 1908 Nr. 13

Thüme, Die Fälle von Retroflexio uteri gravidi. Dissertation Leipzig 1919

Veit-Stoeckel, Handbuch der Gynäkologie

Vogt, Grundzüge der heutigen Auffassung und Behandlung der Retroflexio uteri gravidi. Klin. Wschr. 1923, 451

Walther, Die Retrodeviation des schwangeren Uterus. Z. ärztl. Fortbildg. 1906, Nr. 23

Westphalen, Zur Behandlung des Uterus gravidus incarceratus. Zbl. Gyn. 1899, 144

Zangemeister, Lehrbuch der Geburtshilfe

Zum Schlusse der Arbeit erlaube ich mir noch Herrn Professor *Dr. Gauß* für die freundliche Ueberlassung des interessanten Themas und für seine Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit herzlich zu danken.

Hiermit versichere ich ehrenwörtlich, außer der angeführten Literatur keine Hilfe in Anspruch genommen zu haben.

Hans Wolpert

TABELLE 1: Fälle von Retroflexio uteri gravidi, bei denen bereits vor der Aufnahme in die Klinik der Abort teils vollkommen, teils unvollkommen erfolgt war.

Nr.	Alter	frühere Geb.	frühere Ab.	Uterus:	Mens:	Beschwerden:
1928						
0 51	28	2	—	mob.	II-III	Seit 6 Tagen stärker werdende Blutung mit Klump
0 202	30	—	—	mob.	I-II	Seit 12 Tagen Blutung mit Klumpen, Druckgefühl Unterleib, Mattigkeit, Kopfschmerzen
0 216	32	3	—	mob.	III	Seit 5 Wochen schwache, zuletzt stärker werden Dauerblutung
0 272	22	1	—	mob.	II-III	Seit 2 Tagen starke Leibschmerzen, seit 1 T starke Blutung
0 274	35	1	—	mob.	II	Seit 2 Tagen Blutung mit Klumpen
0 322	33	3	1	fix.	I-II	Seit 6 Wochen wechselnd starke Blutungen, in letzt Tagen Schwäche, Ohnmacht, Herzbeschwerden u Kopfschmerzen
0 345	27	1	—	mob.	I-II	Heute plötzlich starke Blutung bei der Arbeit
0 362a	38	4	—	mob.	V	Seit 4 Wochen schwache Dauerblutung
K 50	45	7	—	mob.	II	Seit 16 Tagen schwache Blutung
K 183	31	2	—	partim fix	II	Seit 2 Tagen starke Blutung
1929						
0 127	39	2	1	mob.	II	Seit 14 Tagen Blutung mit Fruchtabgang
0 149	35	—	1	fix.	II	Seit 6 Tagen Blutung mit Fruchtabgang
0 200	37	5	—	mob.	IV	Starke Blutung mit Fruchtabgang
0 312	36	3	1	mob.	III	Seit 3 Tagen Blutung mit Fruchtabgang
0 422	30	1	—	mob.	III	Seit 4 Tagen heftige Blutung
0 642	38	—	1	mob.	I-II	Seit 7 Wochen Blutung
1930						
0 336	26	2	—	mob.	II	Seit 1 Tag starke Blutung mit Klumpen, Leib- u Kreuzschmerzen
0 611	20	1	—	fix.	I-II	Seit 3 Wochen Blutung, seit 6 Tagen wehenarti Leibschmerzen
0 637	41	6	—	mob.	II	unregelmäßige Menstruationsblutungen nach wöchentlicher Amenorrhoe
0 693	31	4	1	fix.	II-III	Seit 7 Wochen Dauerblutung und Kreuzschmerz
1931						
0 106	24	2	—	fix.	II	Seit 8 Tagen Blutung
0 122	44	2	—	fix.	I-II	Seit 1 Monat Blutung, Stuhlgang erschwert, mel mals seit 1 Jahr ist das rechte Bein angeschwoll
0 188	44	10	1	mob.	III	Seit 1 Tag reißende Leibschmerzen und hefti Blutung
0 357	37	7	—	mob.	II	Seit 2 Monaten Blutung
0 530	28	1	2	partim fix	II-III	Vor 3 Wochen nach Verheben Schmerzen im Unt leib, seit 14 Tagen Blutung
0 571	34	2	4	mob.	II	Seit 14 Tagen Blutung
0 636	27	1	—	mob.	VI(V)	Vor einem Monat eintägige Blutung. Seit einig Tagen Uebelkeit
0 655	38	2	—	fix.	II	Seit 2 Monaten Blutung, wurde vor 1 Monat a wärts erfolglos curettiert
K 26	31	1	—	mob.	IV	Vor 4 Wochen Abort, seit 12 Tagen Blutung
K 86	36	—	2	mob.	III	Seit 2 Tagen Blutung

Diagnose:	Therapie:
Status post abortum	Ausräumung
Abortus completus	Aufrichtung, Pessar, Blutung steht
Abortus incompletus	Aufrichtung, Pessar, Ausräumung in Narkose
Abortus incompletus	Ausräumung in Narkose
Abortus incompletus Residua post abortum, Anaemia gravis	Ausräumung Abrasio in Narkose
Abortus incompletus Residua post abortum, alter Dammriß, Descensus vag. II Gr.	Ausräumung, Abrasio, Aufrichtung Abrasio in Narkose, Aufrichtung
Status post abortum, Ektropium der hinteren Muttermundslippe, Ca-Verdacht	Abrasio in Narkose; Probeexzision aus der hinteren unteren Cervixwand ergab: gutartige glanduläre Erosion
Abortus incompletus bei Retroversio-flexio uteri	Ausräumung
Abortus incompletus Status post abortum bei Retroversio-flexio uteri	Aufrichtung, Pessar, Abrasio Abrasio
Abortus incompletus bei Retroversio-flexi uteri	Austastung, Curettage
Abortus incompletus Cervikalabort Residua post abortum	Abrasio, Pessar Abrasio in Narkose Abrasio in Narkose
Abortus incompletus	Aufrichtung in Knie-Brustlage, Abrasio
Abortus incompletus	Ausräumung in Narkose
Status post abortum bei Retroflexio uteri myomat. Descensus II. Grades	Abrasio in Narkose
Abortus incompletus, Ovarialcyste links	Abrasio in Narkose, Laparotomie
Abortus incompletus Abortus incompletus bei Retroflexio uteri myomat.	Ausräumung in Narkose Abrasio in Narkose
Abortus incompletus	Ausräumung in Narkose
Abortus incompletus Abortus incompletus	Abrasio in Narkose Abrasio in Narkose
Abortus incompletus Descensus vag. III.-IV. Grades Missed abortion	Abrasio Aufrichtung, Metreuryse, Ausstoßung eines 25 cm langen mazerierten Foeten
Status post abortum	Abrasio in Narkose
Status post abortum Abortus incompletus	Abrasio in Narkose Ausräumung in Narkose

Nr.	Alter	frühere Geb.	frühere Ab.	Uterus:	Mens.:	Beschwerden:
1932 0 3	32	1	1	mob.	II-III	Seit 10 Wochen mäßige Blutung. Kreuzschmerzen
0 97	44	3	1	mob.	III	Seit 1 Tag Blutung
0 289	42	—	—	mob.	I-II	Seit 3 Wochen Blutung, in letzten Tagen Temp raturanstieg
0 486	22	1	1	mob.	II	Seit 5 Tagen Blutung und Kreuzschmerzen
0 494	31	2	—	mob.	II-III	Seit heute starke Blutung
K 243	26	1	—	mob.	III	Vor 2 Tagen Fahrt mit dem Fahrrad, anschließe Fieber und Fruchtabgang
1933 0 77	34	2	—	fix.	I-II	Seit 1 Jahr starke und häufige Regelblutungen m Leibschmerzen
0 157	38	5	1	mob.	III-IV	Vor 3 Tagen Sturz von der Treppe, anschließe Blutung mit Fruchtabgang
0 404	22	—	—	mob.	II-III	Seit 2 Tagen Blutung mit Abgang von Fruchtteilen
0 473	33	1	2	fix.	II	Seit 1 Tag Blutung mit Kreuzschmerzen
0 640	22	1	—	mob.	I-II	Seit 6 Tagen Blutung mit Klumpen
0 667	41	1	—	mob.	II-III	Seit 2 Tagen starke Blutung mit Klumpen
K 36	21	1	1	mob.	III	Seit heute starke Schmerzen und Blutung, Schütte frost
K 54	25	3	—	mob.	IV-V	Seit heute Blutung
K 97	26	2	—	mob.	I-II	Seit 1 Monat Blutung mit Fruchtabgang
K 106	26	2	—	mob.	III-IV	Seit 1 Tag Blutung mit Fruchtabgang
K 180	36	5	—	mob.	IV-V	Abort außerhalb der Klinik, bei Plazentarlösung se starke Blutung, kommt deshalb in die Klinik
K 187	44	5	—	mob.	II-III	Heute Abgang einer 4 cm langen Frucht, anhalten Blutung
K 257	38	7	1	mob.	II	Seit einem Monat Blutung mit Klumpen
1934 0 100	28	—	—	mob.	II	Seit 6 Tagen Blutung, vor 4 Tagen Fruchtabgang
0 141	40	1	—	mob.	II	Seit 6 Tagen Blutung mit Fruchtabgang
0 150	18	—	—	mob.	IV	Seit 1 Tag Blutung und Schmerzen in Leib und Kre
0 292	37	4	—	mob.	II-III	Seit 1 Tag Blutung mit Klumpen, Schmerzen Leib und Kreuz
0 303	42	8	—	mob.	III	Seit 2 Tagen Blutung
0 367	27	1	—	fix.	II-III	Seit 9 Tagen Blutung und starke Schmerzen Unterleib
0 465	37	5	4	mob.	II	Seit 10 Tagen Blutung
0 581	30	2	—	mob.	II-III	Seit 12 Tagen Blutung
K 86	29	2	—	mob.	II-III	Seit 1 Tag Blutung, seit 3 Wochen Leib- u Kreuzschmerzen
K 297	33	—	—	mob.	III-IV	Seit 1 Tag starke Blutung
1935 0 94	25	2	1	mob.	III	Seit 3 Wochen Blutung mit Fruchtabgang
0 267	17	—	—	mob.	II-III	Seit 8 Tagen Blutung
0 382	27	3	—	mob.	II-III	Vor 5 Tagen plötzliche starke Schmerzen im Unte leib und Blutung
K 94	31	3	—	mob.	I-II	Seit 14 Tagen Blutung

Diagnose:	Therapie:
Abortus incompletus	Abrasio in Narkose
Abortus incompletus	Aufrichtung, Pessar, Ausräumung in Narkose
Status post abortum	Abrasio in Narkose
Abortus incompletus	Aufrichtung, Ausräumung in Narkose
Abortus incompletus	Aufrichtung, Ausräumung in Narkose
Abortus incompletus	Ausräumung
Residua post abortum bei Uterus myomatosus, Desc. vag. I.-II. Grades	Abrasio in Narkose
Abortus incompletus Descensus vag. II. Grades	Abrasio
Abortus incompletus	Ausräumung
Abortus incompletus bei Retroversio-flexio uteri	Ausräumung, Cystoskopie u. Chromocystoskopie o. B.
Status post abortum	Abrasio in Narkose
Abortus incompletus Descensus vag. II. Grades	Abrasio in Narkose
Abortus febrilis	Bei der Aufnahme war der Foet zum Teil in die Scheide geboren. Ausräumung
Abortus incipiens	Spontanabort von Frucht und Plazenta b. d. Aufnahme
Abortus incompletus	Abrasio in Narkose
Abortus incompletus	Ausräumung, Aufrichtung
Abortus incompletus febrilis	Ausräumung in Narkose
Abortus incompletus Descensus vag. II. Grades	Auf Cardiazol-Chinin erfolgt Ausstoßung d. Plazenta
Abortus incompletus febril. Descensus vag. II. Grades	Aufrichtung in Narkose, Abrasio
Status post abortum	Abrasio in Narkose
Abortus incompletus	Ausräumung
Abortus incompletus	Foet b. Aufnahme abgegangen, Abrasio in Narkose
Abortus incompletus Descensus vag. II. Grades	Abrasio in Narkose
Abortus incompletus	Abrasio in Narkose
Abortus incompletus, Retroversio-flexio uteri, Desc. vag. I. Grades, Adhäsionen infolge Appendektomie 1933	Abrasio in Narkose
Residua post abortum Desc. vag. II. Grades	Abrasio
Abortus incompletus bei Retroversio-flexio uteri	Abrasio in Narkose, Aufrichtung
Abortus incompletus	Ausräumung in Narkose, Aufrichtung
Abortus incompletus	Ausräumung in Narkose
Abortus incompletus	Abrasio in Narkose
Abortus incompletus	Ausräumung in Narkose
Status post abortum	Ausräumung in Narkose
Status post abortum	Ausräumung in Narkose

Nr.	Alter	frühere Geb.	frühere Ab.	Uterus:	Mens.:	Beschwerden:
K 332	43	—	—	mob.	II-III	Seit 2 Tagen Blutung mit Klumpen
K 404	21	—	—	mob.	II-III	Seit 3 Tagen Blutung
K 472	29	3	1	mob.	II-III	Vor 1 Woche Fall aufs Glatteis. Darauf Blutun und Wehen. Heute wiederholte Ohnmacht
1936						
K 248	38	3	—	mob.	II-III	Vor 4 und vor 3 Wochen geringe Blutung auße der Regel, seit 2 Tagen starke Blutung mit Druc auf den After
K 254	37	2	—	mob.	II-III	Seit 6 Wochen Blutung mit Klumpen, seit 3 Woche Schmerzen in Symphysengegend
K 260	28	2	—	mob.	II	Vor 6 Wochen Fruchtabgang, seitdem unregelmäßig Blutungen, Frösteln
K 281	30	—	—	mob.	II	Seit 1 Tag Leibschmerzen und Blutung
1937						
K 27	16	—	—	mob.	II	Seit 3 Tagen Blutung
K 47	38	5	2	mob.	V(III)	Vor 2 Monaten 14tägige Dauerblutung, vor 4 un vor 1 Woche eintägige Blutung
K 178	37	3	—	mob.	II	Seit 1 Tag plötzliches Eintreten von wehenartige Schmerzen im Unterleib und Blutungen
K 241	30	—	—	mob.	III-IV	Seit 1 Tag Blutung mit Fruchtabgang
K 257	42	10	—	mob.	II	Seit 3 Tagen Blutung, Leib- und Kreuzschmerzen
K 374	34	—	—	mob.	III	Nach schwerer Arbeit vor 4 Tagen Kreuzschmerze seit 3 Tagen Blutung
K 394	33	3	—	mob.	III	Seit 6 Wochen Dauerblutung nach Abort
K 408	33	—	—	mob.	III-IV	Seit 1 Tag Blutung
K 433	37	2	—	mob.	III	Vor 18 Tagen Kartoffelsäcke gehoben, im Anschlu daran Blutung und Leibschmerzen
K 447	43	5	1	mob.	II	Seit 6 Tagen Blutung und Erbrechen
K 450	43	—	1	fix.	IV	Seit 11 Tagen Blutung
K 470	26	—	1	mob.	II	Seit 3 Tagen Blutung
1938						
O 205	29	—	—	mob.	IV(II)	Seit 7 Tagen Blutung
K 27	39	6	—	mob.	III-IV	Seit 7 Tagen Blutung und Fruchtabgang
K 60	30	2	1	mob.	III-IV	Seit 5 Wochen Blutung
K 268	21	1	—	mob.	III-IV	Seit 3 Tagen Blutung

Diagnose:	Therapie:
bortus incompletus	Ausräumung in Narkose
bortus incompletus	Ausräumung in Narkose
bortus incompletus	Ausräumung
esidua post abortum Descensus vag. I. III. Grades	Abrasio in Narkose
bortus incompletus	Abrasio in Narkose
esidua post abortum	Aufrichtung in Narkose, Abrasio
bortus incompletus	Abrasio in Narkose
bortus incompletus	Abrasio in Narkose
issed abortion Descensus vag. I. Gr.	Ausräumung in Narkose
atus post abortum	Aufrichtung, Pessar, Ausräumung in Narkose
bortus incompletus	Ausräumung in Narkose
bortus incompletus	Ausräumung in Narkose
bortus incompletus Descensus vag. Grades	Ausräumung in Narkose
atus post abortum	Abrasio in Narkose
bortus incompletus	Abrasio in Narkose
bortus incompletus	Abrasio in Narkose
bortus incompletus	Abrasio in Narkose
bortus incompletus	Abrasio in Narkose
bortus incompletus	Proluton, Extr. vib., ein kirschgroßes Gewebsstück ging unter leichter Blutung spontan ab. (Abortrest!) Blutung steht
issed abortion	Austastung und Curettage in Narkose
bortus incompletus Descensus vag. Grades	Ausräumung in Narkose
bortus incompletus	Ausräumung in Narkose
bortus incompletus	Ausräumung in Narkose

TABELLE 11. Fälle von Retroflexio uteri gravidi, bei denen die Schwangerſchaft erhalten werden konnte, oder erst in der Klinik der Abort eintrat.

Nr.	Alter	frühere Geb.	frühere Ab.	Uterus:	Mens:	Beschwerden
1928 0 64	33	3	—	mob.	II	Seit 1/2 Jahr unregelmäßige, schwache Blutungen un ständige Kreuzschmerzen
0 312	35	2	1	mob.	III	Nach schwerem Heben hält das seit 4 Jahren g tragene Pessar nicht mehr. Wasserlassen erschwer in letzten Tagen völlige Harnverhaltung
0 402	33	1	—	mob.	II-III	Heute plötzlich starke Blutung
0 439	42	4	—	mob.	II-III	Starkes Schwangerschaftserbrechen
0 455	34	5	—	mob.	II-III	2 Monate nach erledigtem Partus ständig Leib- un Kreuzschmerzen. Vor 4 Wochen und neuerdings Tagen geringe Blutung
0 576	23	—	—	mob.	II-III	Seit einigen Stunden Blutung und Schmerzen i Unterleib
K 104	30	2	3	mob.	III	Wehenartige Schmerzen im Unterleib. Geringe Bl tung beim Stuhl. 38,5 Temperatur
1929 0 364	41	6	3	mob.	IV-V	Seit 14 Tagen Wasserlassen erschwert, zuletzt un möglich, Kreuzschmerzen
0 580	30	4	—	mob.	II	Seit 8 Wochen Magenschmerzen, seit 3 Woche Erbrechen
1930 0 337	25	2	1	mob.	III	Seit 4 Wochen Dauerblutung, Erbrechen, Schmerze im Leib
0 338	26	3	1	fix.	I-II	Seit 3 Wochen schwache Blutung
0 372	27	3	—	mob.	III	Vor 14 Tagen plötzlich starke Leibschmerzen, g legentliches Erbrechen
0 397	36	3	1	mob.	III-IV	Seit 3 Wochen Prolaps, seit 2 Tagen Schmerzen i Leib, Blasenbeschwerden, seit einem Tag Blutung
0 641	23	2	—	mob.	I-II	Seit 2 Jahren Vorfall, seit 8 Wochen Kreuzschmerze seit 9 Tagen Brechreiz und Erbrechen
0 710	33	1	—	mob.	II-III	Seit 3 Wochen starke Kreuzschmerzen
1931 0 5	41	3	—	mob.	III	Seit 8 Tagen Gebärmuttervorfall, kann seit heu kein Wasser lassen
0 32	32	3	1	mob.	III-IV	Seit 1 Monat Uebelkeit und Erbrechen

		Schwangersch. erhalten
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi mobilis	ja
herapie:	Aufrichtung in Narkose, Pessar	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi incarcerata, Descensus vag. III. Grades Cystocele; cystoskopische Untersuchung: leichte Entzündungserscheinungen im Bereich des Blasenbodens	ja
herapie:	Aufrichtung, Pessar, Bärentraubenblättertee, Urotropin	
iagnose:	Abortus incipiens	nein
herapie:	Aufrichtung, Ausräumung in Narkose	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi, Hyperemesis gravidarum	ja
herapie:	Aufrichtung, Pessar, Diät; Nach 3 Tagen kein Erbrechen mehr	
iagnose:	Abortus imminens	nein
herapie:	Extr. vib., wegen starker Blutung Ausräumung	
iagnose:	Abortus imminens bei Retroversio-flexio uteri	nein
herapie:	Extraktum vib., nach 3 Tagen Spontanabgang eines 6-7 cm langen, völlig geschlossenen Eies	
iagnose:	Abortus imminens, fieberhafter Magen- und Darmkatarrh	ja
herapie:	Extr. vib. Opium, Solvochin, Sepsisantitoxin, Aufrichtung, Pessar, Behandlung des Magen- und Darmkatarrhes	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi incarcerata, Recidiv post profixuram, Ischuria paradoxa	nein
herapie:	Beim Katheterisieren entleeren sich 4 Spitzgläser getrübten Urins, keine ausgesprochene Cystitis; Aufrichtung in Knieellenbogenlage. Da das größte Thomaspessar nicht groß genug, wird von weiteren Pessareinlagen Abstand genommen. Entlassung bei in Streckstellung befindlichem Uterus. Nach 3 Tagen Spontan Abort	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi, Hyperemesis gravidarum	ja
herapie:	Aufrichtung in Narkose, Pessar, Gravomit, Insulin	
iagnose:	Abortus imminens	nein
herapie:	Aufrichtung in Narkose, Pessar, Entlassung. Wiederaufnahme 1 Monat später wegen erneuter Blutung trotz anteflektiert liegendem Uterus. 3 Wochen später Spontangeburt des toten Foet. Länge 25 cm	
iagnose:	Abortus imminens	nein
herapie:	Es gelingt auch in Narkose nicht den Uterus aufzurichten. Wegen der anhaltenden starken Blutung erfolgt am Tag nach der Aufnahme Ausräumung des Uterus	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi, stielgedrehter Ovarialtumor links	ja
herapie:	Aufrichtung in Narkose, das leicht zu erreichende Promontorium macht dabei etwas Schwierigkeiten; Exstirpation d. Ovarialtumors	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi incarcerata. 2 mal Dammriß 1. Grades	nein
herapie:	Katheterismus der 2 Liter enthaltenden Blase, Aufrichtung, Pessar, Extr. vib., leichte Blutung aus dem Cervikalkanal besteht fort; 5 Tage nach der Aufrichtung Abgang der 11 cm langen Frucht. Instrumentelle Ausräumung der Placenta	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi, Descensus vaginae III. Grades	ja
herapie:	Aufrichtung, Pessar	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi	ja
herapie:	Aufrichtung, Pessar	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi incarcerata	ja
herapie:	Katheterismus, Aufrichtung, Pessar	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi	ja
herapie:	Aufrichtung in Narkose, Uterus fällt zurück; Aufrichtung in Knie-Ellenbogenlage, Pessar	

Nr.	Alter	frühere Geb.	frühere Ab.	Uterus:	Mens:	Beschwerden:
0 367	27	1	—	mob.	II	Seit 8 Tagen Erbrechen
0 527	32	1	1	fix.	II-III	Dauerndes Erbrechen, Desiderium interruptionis
0 533	33	2	—	mob.	II-III	Seit 6 Wochen (erstem Ausbleiben der Regel) Uebe keit und Erbrechen bis 20 mal am Tage
K 1	36	4	1	mob	III	Seit 1 Monat Blutung, seit 1 Tag Fieber un Schüttelfrost
1932 0 48	35	3	—	mob.	III	Seit 6 Tagen Blutung
0 611	27	3	—	mob.	III	Gestern plötzliche Schmerzen in Leib und Kreu kann kein Wasser lassen
1933 0 458	27	1	—	mob.	I-II	Seit 14 Tagen Brechreiz, Kreuzschmerzen, Schwinde Spasmen in der Brust
0 469	25	3	1	mob.	II	Seit 1 Monat Leib- und Kreuzschmerzen, Schmer in der rechten Nierengegend
0 635	26	1	—	mob.	IV	Vor 1 Tag heftige Schmerzen im Unterbauch, b starkem Harndrang Wasserlassen unmöglich
0 643	31	1	1	mob.	IV	Kann seit 6 Tagen spontan kein Wasser lassen. Se 8 Tagen ganz geringe Defäkation und nur au Einläufe
0 673	22	—	—	mob.	III	Pat. wird von der Hautklinik, wo sie wegen Go be handelt wurde, eingewiesen, sie hatte keine Be schwerden, lediglich eine 2 monatige Amenorrhoe
1934 0 211	37	1	—	mob.	II	Uebelkeit, Erbrechen, Desiderium interruptionis
0 571	34	2	—	mob.	IV	Schmerzen beim Stuhlgang, Druck auf den After
1935 0 47	34	1	—	mob.	IV	Seit 3 Tagen Blutung
0 322	21	—	1	mob.	II	Seit 8 Tagen Schmerzen im Unterbauch

		Schwangersch. erhalten:
Diagnose:	Retroflexio uteri gravidi, Hyperemesis gravidarum	ja
Therapie:	Aufrichtung in Narkose, Pessar, Diät	
Diagnose:	Retroflexio uteri gravidi, Hyperemesis gravidarum	ja
Therapie:	Einzelzimmer; beim Anblick einer Patientin mit liegender Duodenalsonde ist das Erbrechen behoben. Infolge der Fixation wurde d. Uterus nicht aufgerichtet, es erfolgte Spontanaufrichtung	
Diagnose:	Retroflexio uteri gravidi, Hyperemesis gravidarum	ja
Therapie:	Aufrichtung, Pessar, Isolierung, Diät, Infusion von 1000 ccm Kochsalzlösung, Gravomit, Duodenalsonde, psychischer Eindruck der Sonde sehr groß, kein Erbrechen mehr	
Diagnose:	Abortus imminens	nein
Therapie:	Aufrichtung, am nächsten Tag Spontanausstoßung der Frucht, digitale Plazentarlösung	
Diagnose:	Abortus imminens	nein
Therapie:	Bettruhe, Extr. vib., Aufrichtung in Knie-Ellenbogenlage, Pessar, da Uterus erneut retroflektiert ist Aufrichtung in Narkose, Pessar, Blutung hält an, Wehen, Laminaria, Ausräumung	
Diagnose:	Retroflexio uteri gravidi, enges Becken C. V. 8,7 cm, Inkarzerationserscheinungen, Descensus vag. III. Grades	ja
Therapie:	Katheterisierung ergibt 1200 ccm klaren Urin, Aufrichtung in Narkose, am nächsten Tag 500 ccm Kath.-Urin, am folgenden Tag 1200 ccm Katheterurin, der Uterus ist so groß, daß er nicht mehr umfallen kann.	
Diagnose:	Retroflexio uteri gravidi	ja
Therapie:	Aufrichtung nur bis zur Mittelstellung möglich	
Diagnose:	Retroflexio uteri gravidi, Descensus vaginae II.-III. Grades Status post hydronephrose	ja
Therapie:	Aufrichtung, Pessar, Cystoskopie o. B. Chromocystoskopie: links blau nach 3,15 Minuten rechts blau nur nach Nierenmassage	
Diagnose:	Retroflexio uteri gravidi cum incarceratione	ja
Therapie:	Katheterismus, Aufrichtung in Narkose, Pessar	
Diagnose:	Retroflexio uteri gravidi incarcerata, Descensus vag. II. Grades	ja
Therapie:	Pat. wurde bereits außerhalb katheterisiert, jedoch ohne, daß sie Erleichterung finden konnte. Bei der Aufnahme entnahmen wir 2000 ccm Urin, Aufrichtung in Narkose, Pessar	
Diagnose:	Retroflexio uteri gravidi	ja
Therapie:	Aufrichtung in Narkose, Pessar	
Diagnose:	Retroflexio uteri gravidi, Hyperemesis gravidarum, Desiderium interruptionis, Descensus vaginae II. Grades	ja
Therapie:	Aufrichtung in Narkose, Pessar, Brosedan, Diät	
Diagnose:	Retroflexio uteri gravidi incarcerata, Descensus vag. III. Grades	ja
Therapie:	Aufrichtung in Narkose, Pessar	
Diagnose:	Abortus incipiens	nein
Therapie:	Extr. vib., nach 3 Tagen Spontanausstoßung eines toten Foeten (Mens IV) manuelle Plazentarlösung	
Diagnose:	Retroflexio uteri gravidi	ja
Therapie:	Aufrichtung, Pessar	

Nr.	Alter	frühere Geb.	frühere Ab.	Uterus:	Mens:	Beschwerden
K 264	32	1	—	mob.	III	Seit 3 Monaten Uebelkeit, Schwindel, Brechre starke Leib- und Kreuzschmerzen, Miktion vermeh jedoch keine Schmerzen beim Wasserlassen
K 412	40	2	—	mob.	IV	kann seit 5 Wochen nur schwer Wasser lassen, Har drang, Leib- und Kreuzschmerzen
K 432	37	3	—	mob.	III-IV	Seit 8 Tagen kann Pat. spontan kein Wasser lasse Urin geht nur tropfenweise ab, Stuhlgang schmerzha
1936 0 227	37	2	—	mob.	II-III	Nach 2 maliger ganz schwacher Periode seit 8 Tag stärker werdende Blutung mit Leib- und Kreu schmerzen, Uebelkeit und Erbrechen
0 423	35	4	—	mob.	III-IV	Kann seit 3 Tagen nicht urinieren. Bei großer A strengung ging nur etwas Urin ab
K 262	41	—	—	mob.	II-III	Seit 4 Wochen zunehmende Schmerzen in Leib u Kreuz, Erbrechen
K 301	29	1	—	mob.	II-III	Vor 3 Wochen 5 tägige Blutung, seit 4 Tagen Daue blutung, Kreuzschmerzen
K 387	30	1	—	mob.	II-III	Starkes Schwangerschaftserbrechen
1937 0 188	38	4	—	mob.	II	Leib- und Kreuzschmerzen bei der Periode
0 475	40	5	1	mob.	IV	Kann kein Wasser lassen
K 138	27	—	1	mob.	II	Druckgefühl in Leib und Kreuz
K 202	21	1	1	mob.	III-IV	Seit 1 Monat mehrmals kurzdauernde Blutung sow Schmerzen in Leib und Kreuz
K 232	35	—	—	mob.	II	Schmerzen in Leib und Kreuz, Brechreiz, Appet losigkeit
K 233	29	4	—	mob.	II	Schlechtes Allgemeinbefinden, wünscht Interruptio
1938 K 51	25	—	—	mob.	II	Seit 10 Tagen starkes Erbrechen
K 112	25	1	1	mob.	II	Seit langer Zeit Kreuzschmerzen, Urinabgang be Husten
K 141	29	—	2	mob.	II	Seit 1 Tag Blutung
K 171	40	3	—	mob.	III-IV	Pat kann kein Wasser lassen
K 245	27	2	—	mob.	III	Schmerzen in Leib und Kreuz
K 421	23	1	—	mob.	III	Uebelkeit und Erbrechen

		Schwangersch. erhalten:
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi	ja
nerapie:	Aufrichtung, Pessar, Diät, Wärme, Extr. vib.	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi incarcerata, Cystopyelitis beiderseits	ja
nerapie:	Katheterisierung: 600 ccm stark sanquinolenter Urin, Aufrichtung in Narkose, Dauerkatheter, Argolavalspülungen, Bärentraubenblättertee (Enges Becken, C. v. 8,1 cm) Cystoskopie: Die bei der Aufnahme vorhandene starke Gefäßinjektion, die diffuse Rötung und die Sugillationen verschwanden nach einigen Tagen	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi incarcerata, Descensus vag. IV. Grades Cysto-Rectocele, diffuse Cystitis, plattrachitisches Becken C. v. 8,6 cm	ja
herapie:	Katheterisierung 800 ccm Urin, Aufrichtung in Narkose, Pessar, Cystoskopie vor Aufrichtung: Diffuse Rötung der Schleimhaut mit verstärkter Venenzeichnung, diffuse Cystitis. Cystoskopie nach Aufrichtung: geringe Cystitis trigoni	
iagnose:	Abortus imminens, Descensus vaginae II.-III. Grades	nein
Therapie:	Wehenverhindernde Mittel, in der Nacht nach der Aufnahme Spontanabort, wegen Blutung instrumentelle Entfernung der Plazenta in Narkose	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi incarcerata	ja
herapie:	Aufrichtung, Pessar, cystoskopischer Befund o. B.	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi incarcerata, uterus myomatosus, enges Becken, C. v. 9,0 cm, Descensus vaginae II. Grades	ja
herapie:	Aufrichtung in Narkose, Pessar	
iagnose:	Abortus imminens, Descensus vaginae II. Grades	ja
herapie:	Extr. vib., Opium, Aufrichtung, Pessar	
iagnose:	Retroflexio uteri, gravidi, Hyperemesis	ja
herapie:	Hyperemesisbehandlung, Aufrichtung des Uterus	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi	ja
herapie:	Aufrichtung	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi incarcerata	ja
herapie:	Aufrichtung in Narkose, Pessar, Katheterisation: 2450 ccm Urin	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi	ja
herapie:	Aufrichtung, Pessar	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi incarcerata	ja
herapie:	Aufrichtung, Pessar	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi	ja
herapie:	Aufrichtung, Pessar	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi	ja
herapie:	Aufrichtung, Pessar	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi, Hyperemesis gravidarum	ja
herapie:	Proluton, Aufrichtung in Narkose, Pessar	
iagnose:	Abortus imminens	ja
herapie:	Aufrichtung in Narkose und Ringeinlage. Ring fällt übernacht heraus. Nochmals Narkose und Pessareinlage	
iagnose:	Abortus imminens	ja
herapie:	Aufrichtung in Narkose, Pessar, Proluton, Extr. vib.	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi incarcerata	ja
herapie:	Die Cystoskopie ergab eine Kompressionsblase mit geringen cystitischen Veränderungen. Am 12. Tage des Klinikaufenthaltes gelingt die wiederholt versuchte Aufrichtung des Uterus in Knie-Ellenbogenlage	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi	ja
herapie:	Aufrichtung in Narkose, Pessar	
iagnose:	Retroflexio uteri gravidi, Descensus vaginae II. Grades	ja
herapie:	Aufrichtung, Pessar	

Lebenslauf

Ich, Hans Wolpert, Sohn des Obersten Hans Wolpert und seiner Ehefrau Hertha, geb. Ulrich, wurde am 31. Dezember 1914 zu Würzburg geboren. Nach Besuch der Volksschule und des Staatlichen Real-Gymnasiums zu Würzburg legte ich daselbst im Jahre 1934 meine Reifeprüfung ab. Ich arbeitete dann 1 Jahr in der Deutschen Bank, Filiale Würzburg, und begann im Mai 1935 das Studium der Medizin. Ich studierte in Würzburg, Erlangen und München. Mein Staatsexamen legte ich im April 1940 in Würzburg ab.